

Einzelvollmacht

Versicherte Person (Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin)

Versicherten-Nr.: _____

Vorname: _____

Name: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Bitte legen Sie zwingend eine Kopie Ihres amtlichen Ausweises
(Pass/ID/usw.) bei. Dies dient der Identifikation des Vollmachtgebers.

Durch mich bevollmächtigte Privatperson

Vorname: _____

Name: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person gegenüber der SLKK in meinen Versicherungsangelegenheiten tätig werden und dabei die folgenden Handlungen in meinem Namen vornehmen darf:

1. Versicherungsänderungen

(z. B. Deckungsänderungen, Kündigung, Neuabschluss eines Vertrages usw.)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

im Zusammenhang mit der Grundversicherung

im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen

Erteilen und Einholen von **Auskünften** einschliesslich die Geltendmachung des Auskunftsrechts nach Art. 8 DSGVO

Zutreffendes bitte ankreuzen:

im Zusammenhang mit der Grundversicherung

im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen

Weitere Handlungen

Bitte führen Sie aus, welche Handlungen die bevollmächtigte Person in Ihrem Namen vornehmen darf:

Die nicht angekreuzten Handlungen dürfen wie bisher ausschliesslich durch mich vorgenommen werden.

2. Dokumente

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person in meinem Namen Informationen betreffend meiner

Grundversicherung

Zusatzversicherungen

Prämienrechnungen/-Gutschriften inklusive Prämienmahnungen und -ausstände

Heilungskostenabrechnungen/-Gutschriften inklusive Mahnungen/Ausstände für Kostenbeteiligungen

Versicherungsausweis/-police

Kostengutsprachen

Auskunft über alle bei der SLKK über mich bearbeiteten Personendaten nach Art. 8 DSGVO

Sämtliche Mitteilungen/Korrespondenz

Medizinische Unterlagen (z. B. Austritts-, Operationsberichte usw.)

auf Verlangen von der SLKK einfordern darf.

Die nicht angekreuzten Handlungen dürfen wie bisher ausschliesslich durch mich vorgenommen werden.

3. Forderungen

Hiermit erkläre ich, dass die bevollmächtigte Person in meinem Namen die unten angekreuzten Forderungen betreffend meiner

Grundversicherung

Zusatzversicherungen

geltend machen und Zahlungen daraus entgegennehmen darf.

Durch Überweisung der offenen Prämienrückerstattungen und/oder Leistungsauszahlungen an die untenstehende Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person, erfüllt die SLKK ihre Leistungspflicht aus dem Versicherungsverhältnis zwischen der SLKK und meiner Person.

Prämienrückerstattungen zugunsten folgender Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person:

IBAN CH

Leistungsauszahlungen zugunsten folgender Zahlungsverbindung der bevollmächtigten Person:

IBAN CH

Konto laufend auf

Bemerkungen

(z.B. bestimmte Einschränkungen der Auskunftserteilung)

Ich willige ein, dass die SLKK der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht Informationen und Dokumente übermittelt, sofern dies für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen der erteilten Vollmacht notwendig ist. Die SLKK und ihre Mitarbeitenden entbinde ich gegenüber der bevollmächtigten Person im Rahmen dieser Vollmacht vollumfänglich von ihrem Berufsgeheimnis bzw. von ihrer Schweigepflicht.

Ich anerkenne hiermit alle gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte der bevollmächtigten Person als für mich jederzeit rechtsverbindlich.

Die vorliegende Vollmacht gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person/Gesetzlicher Vertreter

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene **Formular im Original und die Kopie eines amtlichen Ausweises per Post** an folgende Adresse:

KRANKENKASSE SLKK, Hofwiesenstrasse 370, 8050 Zürich